

Functie gerichte begeleiding van ouderen met geheugenstoornissen

Citation for published version (APA):

Reyersen van Buuren, E. J., & Jolles, J. (1990). Functie gerichte begeleiding van ouderen met geheugenstoornissen. In *Ouderenzorg in Limburg: verslag van het symposium van de Stichting Academisering in de Eerste Lijn (SAEL) en de Rijksuniversiteit Limburg op 8 november 1989 te Maastricht* (pp. 168-174). Thesis Publishers.

Document status and date:

Published: 01/01/1990

Document Version:

Publisher's PDF, also known as Version of record

Please check the document version of this publication:

- A submitted manuscript is the version of the article upon submission and before peer-review. There can be important differences between the submitted version and the official published version of record. People interested in the research are advised to contact the author for the final version of the publication, or visit the DOI to the publisher's website.
- The final author version and the galley proof are versions of the publication after peer review.
- The final published version features the final layout of the paper including the volume, issue and page numbers.

[Link to publication](#)

General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal.

If the publication is distributed under the terms of Article 25fa of the Dutch Copyright Act, indicated by the "Taverne" license above, please follow below link for the End User Agreement:

www.umlib.nl/taverne-license

Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us at:

repository@maastrichtuniversity.nl

providing details and we will investigate your claim.

8.2. Functie gerichte begeleiding van ouderen met geheugen-stoornissen

Drs. E.J. Reyers van Buuren, AZM, Maastricht

Inleiding

Vele ouderen klagen over het geheugen. Een geheugenklacht hoeft niet altijd op een stoornis van het geheugen te berusten, maar kan ook samenhangen met veroudering en/of andere psychologische processen, zoals angst voor dementie, overspannenheid, piekeren etc. Er bestaat bij veel ouderen de angst dat de geheugenklachten behoren bij, of een voorbode zijn van een dementiesyndroom.

De laatste jaren zijn speciale geheugenklinieken geopend die gericht zijn op het onderzoeken van de aard, ernst en oorzaak van geheugen en andere cognitieve problemen, en de behandeling van mensen met deze problemen. In de Maastrichtse Geheugenkliniek (MGK), een polikliniek van het Academisch Ziekenhuis Maastricht is een programma ontwikkeld, Functie-gerichte Begeleiding (FGB), dat gericht is op het efficiënter en bewuster leren omgaan met het geheugen en geheugen beperkingen. Het programma is bedoeld voor mensen waarbij geen sprake is van een dementiesyndroom, maar waarbij wel sprake is van objectiveerbare geheugenstoornissen.

Het programma bevat enkele vaste onderdelen, zoals voorlichting (wat is normale veroudering), psycho-educatie (hoe werkt het geheugen in het algemeen), praktijk (hoe kun je het best met de eigen beperkingen omgaan) en oefening (trainen van b.v. geheugenstrategieën). In de eerste evaluatiestudie naar de effecten van Functie-gerichte Begeleiding, kwam o.a. naar voren dat vele ouderen zich achteraf minder zorgen maakten en richter omgingen met de geheugenbeperkingen. Momenteel vindt er een evaluatie-onderzoek plaats naar de effecten van FGB in vergelijking met Functietraining.

Probleemstelling

Met het ouder worden lijkt er sprake van een toename in het aantal mensen dat klaagt over het geheugen. Vele ouderen klagen over het geheugen, maar niet allen. Met betrekking tot veroudering en geheugenproblemen zijn 3 groepen te onderscheiden:

1. Ouderen zonder geheugenklachten. Er zijn niet veel gegevens bekend over het percentage ouderen dat klaagt over het geheugen. Volgens een onderzoek van Sluss e.a. (1980) klaagt 80 % van de oudere mannen, dus ongeveer 20% niet.
2. Ouderen met geheugenklachten, zonder objectiveerbare geheugenstoornissen.
3. Ouderen met geheugenklachten, met objectiveerbare geheugenstoornissen.

Geheugenklachten zijn een symptoom bij vele ziekten. Het bekendst zijn wel de geheugenproblemen bij dementie. Echter, geheugenproblemen passen bij depressie,

als restverschijnsel na hersenletsel en hersenbloeding, bij overspannenheid e.a. - Geheugenproblemen worden ook gezien bij normale veroudering, en kunnen negatief beïnvloed worden door psychologische factoren, zoals angst, vermoeidheid, piekeren, onvoldoende strategiegebruik e.a.

De behandeling van geheugenproblemen in de vorm van geheugentrainingen zijn momenteel populair, maar staan nog in de kinderschoenen, en de effecten zijn nog niet erg veelbelovend. De bestaande cognitieve revalidatiemodellen worden veelal uitsluitend in revalidatie-instellingen gebruikt, en incidenteel bij psychiatrische patiënten (Diamant en Vermeulen, 1976). In de klinische praktijk blijkt er een toenemende behoefte te bestaan aan cognitieve rehabilitatie programma's waarbij het gaat om het 'verlichten' van de stoornissen en het ermee leren omgaan in het dagelijks leven. Tevens blijkt er een gemis aan programma's voor relatief gezonde ouderen met cognitieve beperkingen t.g.v. eerder ontstaan letsel (bloeding, hersenongeval) en voor cognitieve verouderingsverschijnselen waarbij al dan niet sprake is van verwerkings- en acceptatieproblematiek. Het gebrek aan goede bestaande behandelingen was reden om in de Maastrichtse Geheugenkliniek een programma te ontwikkelen.

Het verschijnsel geheugen(poli)kliniek

Er zijn de laatste jaren op diverse plaatsen specialistische geheugenklinieken opgericht (van der Cammen e.a, 1987; Reifler en Levy; 1980; Verhey e.a, 1987) om in de toenemende behoefte ten aanzien van geheugenproblemen, veroudering en dementie te voorzien. In Maastricht is sinds voorjaar 1986 de Maastrichtse Geheugenkliniek (MGK), als polikliniek van het Academisch Ziekenhuis Maastricht geopend.

De doelstelling: Het identificeren van oorzaken van geheugen en andere cognitieve problemen, zowel normaal als pathologisch, en de behandeling of begeleiding van mensen met dergelijke klachten. *Het type patiënt:* Het gaat om patiënten met dementie en patiënten zonder dementie met geheugenklachten. Centraal staan de geheugenklachten, waarbij verondersteld wordt dat de oorzaak gedeeltelijk of helemaal te maken heeft met een vorm van hersendysfunctioneren.

De werkwijze: Er wordt gewerkt in een multi-disciplinair team, op geprotocolleerde en systematische wijze, gebruik makend van internationaal erkende criteria. De belangrijkste disciplines zijn neuropsychiatrie en neuropsychologie

Behandelingsmogelijkheden

Behandeling van geheugenklachten is op 3 niveaus mogelijk:

1. CURE: genezing. In sommige gevallen is het mogelijke een medische behandeling te geven, men spreekt dan over reversibele geheugenklachten, b.v. een medicamenteuze behandeling van depressie.
2. CARE: het zorgen voor het dagelijks welzijn van de betrokkene. Begeleiding van en informatie over verbetering van zorg kan gegeven worden aan de centrale

- zorgverleners middels voorlichting en praktische begeleidingsprogrammas of aan de patiënt zelf, middels activeringsprogrammas.
3. COPING: het leren leven en omgaan met cognitieve beperkingen.

Het programma: Functie-gerichte Begeleiding

Inclusie-criteria voor deelname:

Mensen vanaf 50 jaar met geheugenstoornissen, die niet dement zijn, maar die een combinatie hebben van een medisch niet te behandelen ziekte, b.v. een hersenbloeding, ziekte van Parkinson, hersenletsel, waar bovenop normale verouderingsverschijnselen komen, mogelijk met verwerkings- en adaptatieproblematiek. Verder moet er sprake zijn van een intelligentie van gemiddeld nivo (verbaal IQ van 90 of hoger); geen sprake van ernstige psychopathologie, b.v. ernstige depressie; geen aanwijzingen voor focaal neurologisch letsel; geen dementie; tot slot moet er op een woordenleertest sprake zijn van leervermogen (geen amnesie).

Het programma is in principe individueel gericht, maar een partner is welkom om te participeren.

Doelstellingen:

1. efficiënter en bewuster leren omgaan met het geheugen en de geheugenbeperkingen, verhogen van de coping vaardigheden en daarmee verhogen en prikkelen tot zelfredzaamheid.
2. verminderen van angst voor dementie,
3. voorkomen van erger of escalatie (preventie),
4. het in stand houden van gevoelens van competentie bij ouderen.

FGB is een breed programma, omdat uit de literatuur blijkt dat geheugentraining, in de zin van het specifiek trainen van een vaardigheid, weinig effect oplevert.

Stelling: Een geheugentraining bij ouderen waarbij wordt getracht het geheugen in zijn algemeenheid te verbeteren door het veelvuldig en over een lange periode oefenen en herhalen van geheugenspelletjes of geheugentaken, is zinloos.

Het is veel belangrijker om ouderen inzicht in eigen cognitief functioneren en copingvaardigheden aan te leren, met oog voor de psycho-sociale context, en de gehele mens.

Een tweede reden voor een brede aanpak is gebaseerd op een basis-aanname over het geheugen, nl. het geheugen is een breed begrip, het wordt geconceptualiseerd als een proces van informatieverwerking, waarop vele factoren van toepassing zijn o.a. aandacht en concentratie, taalvaardigheden, probleemoplossende vermogens e.a.

Aannamen:

1. De neuropsychologische assessment wordt als basis voor de geheugenbegeleiding gebruikt. Vooraf aan de training is er zicht op wat er cognitief gezien aan de hand is en op de individueel cognitief sterke en zwakke kanten.

2. Vooraf vindt multi-disciplinaire diagnostiek plaats om te weten van welk ziektebeeld er sprake is en om zo mogelijk medisch te (be)handelen.
3. De geobjectiveerde geheugendysfuncties worden in principe in verband gebracht met hersendysfunctioneren.

Inhoud:

Het programma kent 5 aandachtspunten die steeds terugkomen:

1. Uitleg over de onderzoeksresultaten: is er sprake van een geheugenopdiep- of geheugenopslagprobleem, betreft het het verbale geheugen of het visuele, zijn de problemen ernstig of mild, wordt er nog nieuwe informatie ingeprent of niet. Ook wordt er informatie gegeven over de oorzaak van het (ziekte)beeld.
2. Psycho-educatie: voorlichting over wat normale verouderingsverschijnselen zijn, hoe het geheugen werkt en over geheugengerelateerde factoren, zoals snelheid, waarneming, taal, aandacht en concentratie etc. Een en ander staat vermeld in een brochure (Reyersen van Buuren e.a.1988). De brochure is bedoeld als geheugensteuntje, mensen kunnen het gedoeerde thuis nog eens nalezen.
Normale verouderingsverschijnselen zijn: mentale vertraging, minder actieve en flexibele aanpak bij probleemoplossen, moeite met activiteiten die inspanning en bewuste verwerking vereisen en moeite met het verwerken van nieuwe (moeilijke) informatie. De nieuwe kennis wordt gekoppeld aan de individuele cognitieve problematiek. Bijvoorbeeld: schiet het geheugen tekort door haast, onvoldoende strategiegebruik of door biologische factoren of een combinatie van beide?
3. Oefening/ training van vaardigheden en geheugenstrategieën.
Bijvoorbeeld: aandacht en tijd besteden aan het memorandum, het te onthouden materiaal herhalen en spreiden over de tijd, proberen associaties te zoeken, structuur en organisatie aanbrengen, proberen om tijdens het inprenten al rekening te houden met de retrieval-situatie en bij het opdiepen van informatie terugkijken naar de input-situatie.
4. Praktische adviezen. Het programma is, zoals gezegd gericht op individuele klachten, klachten die door de patiënt zelf als zeer hinderlijk worden ervaren. Adviezen hebben betrekking op de meest voorkomende klachten, zoals: – vergeten van namen bij gezichten; – vergeten van verbale informatie; – vergeten van routes (orientatie); – vergeten als gevolg van afleidbaarheid.
5. Evaluatie. Het beoordelen van effect is noodzakelijk omdat we niet weten of geheugentrainingen werken en hoe ze werken.

Resultaten

In een eerste pilot-studie meldden de meeste betrokkenen dat zij hadden geprofi-teerd van het programma, zij het in zeer verschillende mate en op verschillende aspecten. De volgende punten werden gemeld:

1. Het merendeel van de patiënten (80%) zei dat zij wat beter tot beter konden omgaan met de geheugenproblemen.

2. Een verhoogd inzicht in de eigen geheugenstoornissen werd door iedereen gemeld.
3. 25% meldde minder geheugenklachten en/of een verhoogde geheugencapaciteit.

Er bleken veel effecten in de psycho-sociale sfeer, zoals aandacht, serieus genomen worden met de klachten, gevoel van vertrouwen en gedegenheid (uitgebreide screening), minder angst, minder somber (lakoniek "iedereen laat weleens een steekje vallen"), meer ontspannen houding t.a.v. de beperkte resterende geheugencapaciteit en het krijgen van concrete informatie, die vooraf vaak ontbrak. Het programma is op basis van de pilot-studie gegevens bijgesteld.

Inmiddels is de tweede fase bereikt, de fase waarin de effecten van het FGB programma vergeleken worden met Functietraining (het specifiek trainen van geheugenstrategieën). Er worden verschillende aspecten geevalueerd: de subjectieve ervaring van de patiënt over de duur en kwaliteit van het programma de subjectieve inschatting van ernst en mate van geheugendysfunctioneren middels een geheugen-vragenlijst, de Memory Assessment Scale (Crook en Larrabee, 1986) die door patiënt + partner worden ingevuld: prestatie op geheugen en andere neuropsychologische tests; stemmingslijsten: depressie (ZUNG), angst (STAI), en Utrechtse coping vragenlijst (UCL). De gegevens zijn nog niet beschikbaar, hierover zal in een later stadium gerapporteerd worden.

Verkregen inzichten en aanbevelingen voor de praktijk

Algemeen wordt er teveel van geheugentraining verwacht. Het is mode om geheugentrainingen te beginnen. Het gevaar bestaat dat hiermee de kwaliteit uit het oog verloren dreigt te gaan. Belangrijk is het letten op wat de patiënt heimelijk of openlijk verwacht, dat blijkt altijd veel meer dan je kunt bieden. Heldere goede voorlichting vóór is noodzakelijk. Verder is het belangrijk om redelijke doelstellingen te stellen, zowel voor jezelf als uitvoerder als voor de client. Motivatie is belangrijk. Steeds weer wordt in de literatuur duidelijk dat de patiënt als geschikt en gemotiveerd voor training moet worden aangemerkt. Bij hersenbeschadigde mensen is dit soms moeilijk in te schatten, vanwege de emotionele vervlakking t.g.v. (rechter) hemisferische beschadiging en frontaalproblematiek. Belangrijk is het ook dat terzake deskundige mensen de training uitvoeren of in ieder geval te consulteren zijn; een arts en een (neuro)psycholoog. Bij trainingen in de wijk wordt gemeld dat van de deelnemers er ongeveer 10% ongeschikt blijkt vanwege medische of psycho-sociale problemen.

In het hier gepresenteerde programma, en in alle op psycho-educatie gebaseerde cognitieve programma's is het belangrijk dat er sprake is van leervermogen d.w.z. de betrokkenen moeten nieuwe informatie in principe kunnen opslaan, anders heeft voorlichting en psycho-educatie geen zin en zij moeten voldoende slim zijn, d.w.z. naar onze mening een IQ hebben van 90 of meer, anders wordt de aangeboden stof onvoldoende begrepen. Verder is het belangrijk om de doelgroep vooraf duidelijk te stellen. In het algemeen wordt geadviseerd om een niet te diffuse groep te gebruiken. Geheugentrainingen in het land en in de wijk worden veelal gedaan met homogene

groepen. B.v. in het Academisch Ziekenhuis Groningen wordt voornamelijk met traumatische hersenletsel patiënten gewerkt en bij trainingen in de wijk met gezonde, ambulante ouderen met geheugenklachten. In de MGK wordt vooreerst nog met diffuse groepen gewerkt. In de loop der tijd zal het FGB programma steeds meer gedifferentieerd worden in de richting van specifieke patiëntengroepen. Hierbij zal echter de basisstructuur van theorie (voorlichting/psycho-educatie) en praktijk bewaard blijven.

Samenvatting

Vele ouderen klagen over het geheugen. Een geheugenklacht hoeft niet op een stoornis van het geheugen te berusten, maar kan ook samenhangen met veroudering en/of andere psychologische processen, zoals angst voor dementie, piekeren, etc. In neuropsychologisch onderzoek kan worden vastgesteld wat niet goed functioneert aan het geheugen. Er blijken dan veelal problemen met de opslag van nieuw materiaal in het geheugen en met het opdiepen van materiaal uit het geheugen. Veelal blijken er ook problemen met secundaire geheugenprocessen, zoals aandacht en concentratie, snelheid van informatieverwerking, planning en manier van probleem oplossen. Er bestaat bij veel ouderen de angst dat de geheugenklachten behoren bij, of een voorbode zijn van een dementiesyndroom. In de Maastrichtse Geheugenkliniek (Academisch Ziekenhuis Maastricht) wordt uitgebreid onderzoek gedaan naar de aard, ernst en oorzaak van de cognitieve problemen. Voor die personen, waarbij geen sprake is van een vorm van dementie, maar bij wie wel klachten en objectiveerbare stoornissen zijn, is een praktisch programma ontwikkeld. Het programma Functie Gerichte Begeleiding (FGB) is gericht op het efficiënter en bewuster leren omgaan met het geheugen en de geheugenbeperkingen. Het programma bevat als onderdelen: voorlichting (wat is normale veroudering), psycho-educatie (hoe werkt het geheugen in het algemeen), praktijk (hoe kan je het best met de beperkingen omgaan) en oefening (trainen van bepaalde vaardigheden). In de eerste evaluatiestudie naar de effecten van Functie Gerichte Begeleiding, kwam o.a. naar voren dat velen zich minder zorgen maakten en richter omgingen met de geheugenklachten. Momenteel vindt er een evaluatie-onderzoek plaats, waarin de effecten van FGB worden vergeleken met Geheugentraining. De doelstelling en de werkwijze van Functie Gerichte Begeleiding worden gepresenteerd, o.a. aan de hand van een casus. De nadruk ligt op verkregen inzichten, opgedane ervaringen en aanbevelingen voor de praktijk.

Literatuur

- Cammen, T.J.M. van der.e.a., The Memory Clinic. A new approach to the detection of dementia. British Journal of Psychiatry, 1987, 150, 359-364.
- Crook, T. en G.J. Larrabee, A self-rating scale for evaluating memory in everyday life. Intern rapport van de Memory Assessment Clinics, Bethesda, U.S.A., 1987.
- Diamant, J.J. en H.M.W. Vermeulen, 'Closed Circuit' benadering van het functie revalidatieproces bij psychiatrische patiënten met organische hersenbeschadiging. De Psycholoog, 1976, 11, 215-222.
- Reifler, B.V. en R. Levy, A clinic for the memory impaired elderly and their families. American Journal of Psychiatry, 1980, 11, 1399-1403.

- Reyersen van Buuren, E.J.e.a., Over het geheugen en geheugenproblemen. Een brochure t.b.v. het programma Functie-gerichte Begeleiding, in het Academisch Ziekenhuis Maastricht, werkgroep Neuropsychiatrie.1988.
- Sluss, T.K. e.a., Memory complaints in community residing men. *The Gerontologist*, 1980, 20, 201-203.
- Verhey, F.R.J. e.a., De Geheugenkliniek: Multidisciplinaire benadering bij stoornissen van het geheugen en andere cognitieve functies. In: Ouder worden nu. Gerontologisch instituut Amsterdam, 1987, 82-88, Amsterdam.